Ueber Chylurie und Chylorrhoe.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von

Karl Wentzel
prakt. Arzt in Pforzheim.

Heidelberg
Buchdruckerei Carl Pfeffer
1910.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität zu Heidelberg.

Referent:
Prof. Dr. Menge

Dekan:
Prof. Dr. Menge

1910.

Meiner lieben Frau in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/ueberchylurieund0000karl

Lüdke[1]) veröffentlichte vor kurzem Beobachtungen über einen neuen Fall von Chylurie, die einige neue interessante Momente von ätiologischer Bedeutung für die so seltene Erkrankung brachten, insbesondere das gleichzeitige Bestehen einer Colicystitis mit positivem Blasenbefund und das zeitweilige Auftreten von Zucker im Urin. Ein weiterer Fall dieser seltenen Erkrankung kam in der Universitätsfrauenklinik Heidelberg zur Beobachtung; bei der grossen Seltenheit der nicht parasitären Chylurieerkrankungen glaube ich ein allgemeines Interesse an der Veröffentlichung jedes neuen Falles annehmen zu können. Dieser Fall der Heidelberger Frauenklinik bietet wesentlich andere und neue Befunde dar, insbesondere die eigenartige, bisher noch nicht beobachtete Kombination mit Chylorrhoe, die vielleicht im stande sein wird, über die Aetiologie der nicht parasitären Chylurie neue wichtige Momente zu bieten.

Bevor ich zur Darstellung der in unserem Falle erwähnenswerten Befunde schreite, möchte ich einen kurzen Ueberblick über die wichtigsten bisher veröffentlichten Arbeiten über Chylurie geben und dabei die seitherigen kli-

---

[1]) Lüdke, H.: Ueber die Chylurie. Münch. Med. Wochenschr. 1908 Nr. 26.

nischen Beobachtungen und für die Aetiologie angeführten bezw. verwerteten Tatsachen besonders berücksichtigen.

Eine der ältesten Beobachtungen zweier Fälle von nicht parasitärer Chylurie — um solche handelte es sich lediglich bei den in Europa erkrankten Patienten — brachte P. Rayer[2]). R. gibt eine kurze Krankengeschichte beider Fälle, die sich hauptsächlich auf die Schilderung der jeweiligen „Materie" im Urin bezieht, und betont die jahrelange Dauer der beiden Erkrankungen. Als mögliche Ursachen der Chylurie gibt R. an: „Lange Quecksilberkur, stimulierende diuretische Mittel, heftige Leidenschaften, Erkältung, oft sei aber auch gar keine erklärende Ursache zu ermitteln."

Eingehender schon ist der Fall von Oehme[3]) geschildert. Oehme beobachtete bei Tag immer hellen, bei Nacht immer milchigen Urin; in letzterem wurde immer Albumen, doch nie Zucker nachgewiesen. Der Tagesurin war stets normal, anatomische Veränderungen konnte er weder an der Leber noch Milz nachweisen. Nach einiger Zeit war die Chylurie ganz verschwunden. Der Fall kam ad exitum, die Sektion hatte ein völlig negatives Ergebnis; insbesondere blieb die Aetiologie ungeklärt.

Im Jahre 1882 bringt Brieger[4]) einen weiteren kasuistischen Beitrag. Auch er findet hauptsächlich nachts opaleszierenden bis intensiv undurchsichtigen, milchähn-

---

[2]) Schmidts Jahrb. d. Med., Bd. XXI S. 51 ff.

[3]) Oehme, W.: Ein Fall von intermittierender Chylurie. D. Arch. f. klin. Med., Bd. XIV S. 262.

[4]) Brieger: Zur Kenntnis der Chylurie. Charitéannalen VII (1882).

lichen Urin; chemisch fand sich stets Eiweiss, aber nie Zucker. Er betont die Unabhängigkeit der Fettausfuhr von der vermehrten Fettzufuhr, dagegen sah er bei fettloser Diät auch das Fett aus dem Harn schwinden. Ueber die Aetiologie seines Falles gibt er keine Auskunft.

S e n a t o r beschäftigt sich eingehend mit einem Falle von „Chylurie mit chylösem Ascites". Die klinischen Merkmale waren: hauptsächlich der nachts gelassene Urin zeigt chylöse Beschaffenheit; in ihm war immer Albumen, Saccharun fehlte. A n a t o m i s c h war eine Vergrösserung von Milz und Leber nachzuweisen. Er beobachtete drei Wochen lang den chylösen Harn, bis er völlig verschwunden war. Der Blutbefund war ohne Besonderheiten. Anfangs war eine rasche Zunahme der Milzgeschwulst zu konstatieren und dann eine stärkere Auftreibung des Abdomens, dessen abhängende Partien gedämpft sind. Die Punktion des Ascites ergibt 9 L. chylöse Flüssigkeit. Als Aetiologie meint Senator annehmen zu dürfen:

Erstens: Für den echten chylösen Ascites „Verletzung von Chylusgefässen durch Traumen, Geschwüre usw. oder Berstung solcher Gefässe infolge von Stauung durch grob mechanische Hindernisse. Die Berstung kann auch durch Parasiten (filaria sanguinis) infolge Durchbohrung der Wand des Chylusgefässes entstehen."

Zweitens: Für die Entstehung der echten Chylurie: „Eine Stauung bezw. Zerreissung im Gebiet der Lumbal- und Beckenlymphgefässe durch grob mechanische Ursachen, Varikositäten usw. und infolge davon eine Zumischung der dadurch extravasierten Lymphe zu dem Urin in den Nieren, den Ureteren oder der Blase". Sodann durch Parasiten, wie beim chylösen Ascites bei durch sie hervorgerufenen Throm-

bosen und Stauungen“ (Fall von W. Havelberg, Virchow-Archiv 1882 LXXXIX S. 365) und Fall von Stephen Mackenzie (Transactions of the Pathol. Society of London 1882 XXXIII; Separatabdruck).

Senator hält den Fall Ehrmann (Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Med. 1880 XXIII S. 61), bei dem es sich um Chylurie nach akuter Leberatrophie durch Phosphorvergiftung handelte, nicht für eine echte Chylurie, sondern für eine Lipurie, hervorgerufen durch den rapiden Zerfall von Zellen mit fettiger Degeneration. Auch glaubt er an die Möglichkeit einer Adiposurie-Chylurie durch abnormen Fettgehalt des Blutes (z. B. Diabetes melitus, Fettembolien durch Frakturen). Als auffälligstes Symptom berichtet Senator, dass bei keinem Falle von echter Chylurie mit Ausnahme des einzigen Falles von Morison (Transact. of the Patholog. Society of London XXIX S. 394) Zucker nachgewiesen wurde, während doch im Chylus und der Lymphe Zucker immer vorhanden ist. Es lässt sich also seiner Meinung nach die Entstehung der Chylurie durch direkte Zumischung von Chylus zum Urin nur halten, wenn man annimmt: „Dass durch das Hinzutreten des (sonst nicht zuckerhaltigen) Urins der Prozentgehalt der gemischten Flüssigkeit an Zucker so gering wird, dass er dem Nachweis entgeht.“ Der Fall von Senator kam ad exitum, die Sektion wurde jedoch leider verhindert.

Im Jahre 1887 folgte eine eingehende Arbeit über Chylurie unter Anschluss eines kasuistischen Beitrags von Götze[5]). Götze betont in seinen klinischen Beobachtungen, dass nie Zucker im chylösen Urin seines Patienten

[5]) Götze: Die Chylurie, ihre Ursachen und ihr Zustandekommen. Jena.

gefunden wurde. Albumen war vorhanden, nur fehlte öfter Eiweiss im filtrierten chylösen Urin. Diese beiden Befunde, sowie das konstante Fehlen von Leucolyten lassen Götze eine echte Chylurie durch direkte Zumischung von Chylus zum Urin (nach Senator) ausschliessen. Da eine gesteigerte Fettzufuhr auch in seinem Falle keinen wesentlichen Einfluss auf die Fettausscheidung im Urin ausübte, dagegen bei Steigerung von Stickstoffzufuhr durch Darreichung von Fleischpeptonen der Aetherextraktwert an Fett im Harn plötzlich von 2,0 g auf 8,0 g anstieg und bei Fettzufuhr ebenso prompt wieder um 4 g sank, schliesst G., dass das ausgeschiedene Fett von Organeiweiss stammen müsse; er nennt die Chylurie „eine Stoffwechselalteration, die darin bestehen kann, dass der Organismus entweder das seinem eigenen Fettvorrat entnommene Fett zu seiner Heizung nicht verwerten kann, oder aber, dass er analog den Verhältnissen bei der Phosphorvergiftung, Organeiweiss zur Bildung von Fett verwendet, und dasselbe ausscheidet". G. konnte in seinem Falle nun ausserdem eine Verkleinerung der anfangs deutlich vergrösserten Leber nachweisen, er hat ferner Leucin und Tyrosin sowohl chemisch, wie mikroskopisch nachgewiesen. Dies lässt ihn die hepatogene Natur der Chylurie annehmen, während er eine renale Entstehung nicht vermuten zu können glaubt, da niemals Zylinder insbesondere hyaliner Art gefunden worden sind. Er gibt zum Schlusse auch noch einen Wink bezüglich der Therapie der Chylurie: „Als einzige Behandlung bleibt Regulierung der Diät, Einschränkung der Albuminate und Zuschlag von Kohlehydraten und Fett."

Aus neuerer Zeit stammt eine Veröffentlichung eines Chyluriefalles von Waldvogel und Bickel[6]). Sie

[6]) Waldvogel und Bickel: Beitrag zur Lehre von der Chylurie. D. Arch. f. klin. Med. LXXIV (1902) S. 511.

fanden alternierend chylurischen und fettfreien Harn, meist Albumen, niemals Zucker und fast keine Leucocyten.

Die angestellten Nährversuche mit verschiedenen Fettarten ergaben:

„Erstens: Dass eine über den ganzen Tag verteilte, ins Belieben der Patientin gestellte Fettzufuhr keinen Einfluss auf die Menge des ausgeschiedenen Fettes ausgeübt hat;

zweitens: dass Fette mit niedrigem Schmelzpunkte, wie die Butter, die Fettausfuhr enorm steigern können;

drittens: dass dagegen der schwer schmelzbare Talg zur Ausscheidung der geringsten Fettmenge führte."

Waldvogel und Bickel kommen zu der Hypothese, dass die Chylurie Folge eines abnormen Gehaltes des Blutes an Chylusbestandteilen ist, die das Blut nicht imstande ist, weiteren assimilatorischen Prozessen zuzuführen.

Aus jüngster Zeit nun stammt die eingangs erwähnte Arbeit Lüdkes[7]). L. bringt ein ganz neues klinisches Moment, dem auch in ätiologischer Beziehung Bedeutung beizumessen ist. Die chylurische Patientin kam mit einer Kolicystitis in die Klinik, und erst einige Zeit später zeigte sich bei ihr die Chylurie, die keinen alternierenden Charakter hatte. In dem chylurischen Urin wurden Bacterium coli in grosser Menge gefunden. Ausserdem fanden sich zu Beginn der Chylurie zahlreiche Leucocyten, im weiteren Verlaufe nur noch spärliche. Sodann konstatierte L. die konstante Anwesenheit von Albumen und meist auch von Saccharum (Dextrose 0,1—0,5 Prozent). Die gesonderte

[7]) Lüdke, l. c.

Untersuchung des Urins beider Nieren ergab völlig normalen Befund. Cystoskopisch zeigte sich eine entzündliche Rötung der Blasenschleimhaut. L. gibt nun die Möglichkeit zu, dass diese Blasenentzündung zu Lymphorrhagien geführt hat. Chylaemie war auch in seinem Falle nicht vorhanden. Dies sind die wesentlichsten Befunde und Hypothesen, die seither auf dem dunkeln Gebiete der Kenntnis der Chylurie gegeben wurden.

Die gynäkologische Literatur ist sehr arm an Beobachtungen von Chylurie. Zwei Fälle konnte ich ausfindig machen; beide Male bestand neben der Chylurie Gravidität. Im Falle von Leicester[8]) war die Chylurie durch Filariaerkrankung bedingt und dauerte nach der Entbindung an; in dem andern Falle (Meinert[9]) verschwand die Chylurie rasch nach der Geburt. Es fehlte jeglicher objektive Befund, der einem Versuch, die klinischen Erscheinungen zu erklären, Anhalt geboten hätte.

Fassen wir nun nochmals alle bisher erwähnten positiven Momente der neun wichtigsten Referenten zusammen, so finden wir, dass fünf Beobachter nie Zucker im chylurischen Harn konstatieren konnten. Viermal war die Chylusausscheidung alternierend, einmal nicht; die andern Fälle sind in dieser Beziehung nicht geschildert.

Einmal (Senator) bestand chylöser Ascites und zweimal intra vitam festzustellende anatomische Veränderungen an Milz und Leber und einmal eine Colicystitis. Zweimal

---

[8]) Leicester: Obstetr. Society of London. Lancet 1905, ref. Cbl. f. Gyn., 1906 Nr. 6 p. 191.

[9]) Meinert: Fall von Chylurie in der Schwangerschaft. Cbl. f. Gyn. 1902 Nr. 16.

bestand ausserdem Gravidität. Gerade diese beiden letzten Fälle und der Fall von Ascites von Senator erscheinen mir wichtig im Zusammenhange mit der Heidelberger Beobachtung, um eventuell dem Wesen, d. h. der Aetiologe der Chylurie näher zu kommen.

Die klinischen Daten des in der Heidelberger Universitäts-Frauenklinik beobachteten Falles entnehme ich dem Journal der Klinik:

Anna St. 38 Jahre alt. Vater starb an Lungenentzündung, Mutter lebt und ist gesund. Zwei Geschwister gesund. Ein Kind, Sohn, hat mehrere Jahre einen Ausschlag gehabt. Der Ehemann lebt und ist gesund. Patientin hatte im 16. und 17. Lebensjahre Bleichsucht. Menstruationsbeginn im 17. Lebensjahr; Dauer der Blutung 6 bis 7 Tage; anfangs vierwöchentlich, seit 2 Jahren vier- bis fünfwöchentlich, dabei Schmerzen im Kreuz. Fluor bestand besonders am ersten Tag der Menses. Patientin hat einmal spontan geboren, Wochenbett febril; angeblich Bauchfellentzündung, Rippenfell-, Lungen-, Herzbeutelentzündung. Vor einiger Zeit wurde bei der Patientin Ascites festgestellt und dieser auch punktiert. Ueber die Ergebnisse der chemischen Untersuchung dieses Ascites liegen leider keine Notizen vor. (Eine Narbe an der Einstichstelle konnte nicht gefunden werden.) Darnach hat sich Patientin erholt, war aber in der Arbeitskraft beeinträchtigt. Immer leichte Verstopfung, gegen welche Pillen, Karlsbader Salz, Brustpulver genommen wurden. Appetit sehr gut, keine Gewichtsabnahme.

Beginn der jetzigen Erkrankung, gegenwärtige Beschwerden: Seit etwa 4 Jahren beobachtete Patientin anfangs Trübsein des Urins, nach 10 Tagen wurde der Urin ganz milchweiss; so blieb er bis heute. Anfang 1905 wurde sie vom Hausarzt wegen dieses Leidens zur Kur nach Münster am Stein geschickt. Bäder; keine wesentliche Besserung, das gleiche 1906 und 1907. Ausser dem periodischen Abgang des getrübten Urins ist auffallend ein beständiger starker Ausfluss einer milchweiss

aussehenden dünnen Flüssigkeit aus der Scheide. (Wundsein durch Reinlichkeit vermieden.) Manchmal sind der Flüssigkeit Stücke beigemengt, deren Entleerung keine Schmerzen verursacht. Nächtliche Miktion: 2. Der Harn bezw. seine Beschaffenheit unabhängig von der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Vor vierzehn Tagen Eintritt in die Privatklinik von Dr. W., der die Patientin nach neuntägiger Beobachtung in die Universitätsklinik am 3. VI. 08 überwies. Allgemeines Schwächegefühl, Depressionszustände.

Status praesens: Knochenbau mittelkräftig, Muskulatur schwach entwickelt, Panniculus adip., reduziert, Haut trocken, auf der Unterlage schlecht verschieblich. Offenbar fehlt die natürliche Turgeszenz infolge des permanenten Flüssigkeitsverlustes. Sensibilität intakt; Schleimhäute ohne eigentliche anämische Anzeichen. Reflexe lebhaft.

Lungen: Rechte Spitze steht um weniges tiefer als die linke. Grenze R. v.: V. Rippe, verschieblich; h. u. beiderseits gleichhoch, 9/10. Brustwirbeldornfortsatz. Allenthalben reines, lautes Vesikuläratmen.

Herz: in gehörigen Grenzen, Spitzenstoss eben im V. I. C. R. tastbar, Töne im wesentlichen rein, dumpf und fernklingend. Keine abnorme Akzentuierung. Puls weich, mittelvoll, regelmässige rhythmische Aktion.

Abdomen: weich, mässig fettreich, kuglig vorgewölbt. Im Epigastrium eine etwa zweimarkstückgrosse, strahlige, narbige Einziehung (angeblich von einer Brandblase herrührend). Rechts in der Inguinalfalte eine etwa 8 cm lange, etwas eingezogene Drüsenoperationsnarbe.

Gynäkologischer Befund: 4. VI. 08. Aeusseres Genitale in weitem Umkreise nass: grosse Labien, kleine Labien, Schenkelfalten und zum Teil die Nates. Das Epithel der Haut sieht grau aus, offenbar in gewisser Maceration durch beständige Benetzung. An der Innenfläche der Oberschenkel in der Umgebung

des Genitale kleine entzündliche Follikel. In der Schamspalte liegt eine weissliche Fibrinmasse (ein Gerinnsel), die speckig aussieht und von einigen Blutstreifchen durchzogen ist; dasselbe lässt sich ohne weiteres von der Unterlage abstreifen. Bei der Spreizung der kleinen Labien wird der blasse Vorhof sichtbar. An der Urethralmündung nichts besonderes zu sehen. Es ist offenbar bei der früheren Entbindung ein Dammriss vorhanden gewesen, der durch die Naht gut zum Verschluss gebracht ist, neues frenulum, dahinter eine Vertiefung, eine Art recessus, in dem sich beständig von neuem ein Milchsee etabliert. An der vorderen Vaginalwand sind unterhalb der Harnröhrenmündung merkwürdige, rauhe, weissgefärbte Schleimhautpartien sichtbar, die nicht an die Querrunzeln der Columna rugarum ant. erinnern, sondern wie kleine spitze Condylome aussehen (vielleicht geschwellte Lymphfollikel?). Diese ziehen sich bis ein Fingerglied lang hinter den Introitus hinauf. Vagina ziemlich eng und kürzer als gewöhnlich, nach oben nicht in tiefe, breite Gewölbe übergehend, sondern in der Weite gleichbleibend. Das vordere Vaginalgewölbe ist straffer als gewöhnlich, doch gelingt es bimanuell äusseren und inneren Finger aufeinander zu legen, ohne dass man den Uterus zwischen den Händen fühlt. Die Portio vaginalis ist sehr kurz, oberflächlich glatt, sehr derb, knopfförmig. Das os externum eine Querspalte, die etwas sichelförmig mit der Konkavität nach vorne geformt erscheint und leicht geöffnet ist, so dass ein Finger einlegbar ist. Rechts eine kleine Laceration. Das linke, seitliche Vaginalgewölbe nicht tief eindrückbar, aber auffallend breit, so dass die Portio der rechten Beckenwand näher zu stehen scheint, als der linken. Das rechte Vaginalgewölbe derber und kürzer als das linke, man kommt hier nicht mit dem Finger in die Tiefe. Auch das hintere Vaginalgewölbe kaum dehnbar, flacher; auch hier tastet man einen gewissen diffusen Widerstand. Bimanuell gelingt es nicht, aus einer, das ganze kleine Becken erfüllenden Masse den Uteruskörper heraus zu palpieren. Doch hat man die Empfindung, dass er in Retropositionslage dem Kreuzbein sich genähert befindet. Rechts und links neben ihm ziehen Resistenzen nach der Beckenwand hin, deren genauere Form und Grösse sich nicht herauspalpieren lässt, offenbar krankhaft veränderte Adnexe und ligament.

lata. Einzelheiten sind nicht festzustellen. Die Beweglichkeit der ganzen Beckenorgane ist wesentlich vermindert; an dem Erkrankungsprozess sind wohl die untersten Abschnitte des Beckenbindegewebes nicht beteiligt. Die Blase ist augenblicklich etwas gefüllt. Bei der Betastung des vorderen Vaginalgewölbes hat man den Eindruck, dass sie mit der vorderen Uteruswand sich nicht in besonders bester Verbindung befindet.

Spiegelbefund: Die Portio vaginalis zeigt im Spiegelbild den bei der Palpation erhobenen Befund. Die vordere Lippe ektropioniert, die hintere umgibt sichelförmig die vordere. Aus dem os externum, ausschliesslich aus ihm, nicht etwa aus sonst in der Vagina befindlicher krankhafter Oeffnung, läuft eine milchige Flüssigkeit beständig heraus, wie ein Bach, mit grosser Neigung zur Gerinnselbildung, so dass man gelegentlich auch speckige Gerinnsel, die opac erschienen, aus der Scheide heraustupfen kann. Derartig geronnene Pfröpfe kommen gelegentlich direkt aus dem os exterum herausgeschossen. Solange ein derartiger Pfropf im Muttermund ist, sistiert der Abfluss der milchartigen Flüssigkeit in die Scheide, da das os exterum durch den Pfropf vollkommen verstopft wird. Hält man den Muttermund mit einem Tupfer zu, so hört die Absonderung des Sekretes auf. Entzündliche Schleimhautveränderungen sind weder an der Portio noch an der Vaginalwand zu sehen. Das einzig anatomisch Auffallende, auch bei der spekularen Untersuchung sind die oben erwähnten Warzenbildungen am Introitus an der Columna rugarum ant. Die Urethralmündung ist nicht verändert und eng. Beim Katheterismus entleert sich eine gelbliche opace, nicht sonderlich urinös riechende Flüssigkeit, von schwach alkalischer Reaktion. Gelegentlich verstopft sich das Katheterlumen durch ein Gerinnsel, so dass der Harn nicht nachfliessen kann.

Cystoskopie: Nachdem die Blase, die nur eine geringe Kapazität hat, gehörig ausgespült ist, ergibt sich: die Blasenschleimhaut im Fundusteile blass, gefässarm, dagegen im Trigonum stärker injiziert, die Gefässe stark geschlängelt. Im Trigonum, mitten im Gefässgebiet, kleine, weisse Erhebungen mit einem weissen

Scheitel, etwa 7, wie kleine Kegel aus der Schleimhaut hervorragend. Im Fundus der Blase befindet sich eine grosse Luftblase, die das Licht stark reflektiert, so dass man das Bild der Lampe wiedersieht. In der rechten Seite auch kleine weisse Knötchen in der Schleimhaut sichtbar; aus dem rechten Ureter, der langsam und träge arbeitet, wird Flüssigkeit ausgestossen, doch hat man nicht den Eindruck, dass sie trübe sei. Die Mündung des Ureters scheint etwas starr zu sein. Auch neben dem linken Ureter die kleinen, weissen Knötchen. Der linke Ureter ist nicht schlitzförmig, sondern breitet sich mehr schaufelartig aus. Aus ihm kommt von Zeit zu Zeit eine spärliche Flüssigkeitsmenge, nicht sonderlich trübe. Das ist mit Sicherheit zu sagen, dass nirgends eine pathologische Kommunikation zwischen Blase und Nachbarorganen nachzuweisen ist, auch durch die Methylenblaufüllung der Blase erwiesen.

Menge der ausgeschiedenen Flüssigkeiten. Aus der vagina fliessen: zwischen 650 und 820 ccm in 24 Stunden ab. Urinmenge: zwischen 850 und 1125 ccm in 24 Stunden. Die Flüssigkeitsaufnahme: 1700 bis 1800 ccm in 24 Stunden.

Ergebnis der Blutuntersuchung: Im Plasma des Blutes ist kein vermehrter Fettgehalt nachweisbar. Das Plasma ist absolut klar und ungetrübt. Die Leuco- und Erythrocyten zeigen keine Abweichungen von der Norm. Im Sediment des lackierten und zentrifugierten Blutes sind keine Parasiten zu finden. Es muss sich also um eine Chylurie handeln, die nicht von Blutveränderungen abhängt.

Körpergewicht bei der Aufnahme: 50 kg, bei der Entlassung ebenfalls 50 kg. Temperatur durchschnittlich 36,7.

Das Bemerkenswerte des vorliegenden Falles ist zusammengefasst folgendes: Im Vordergrunde steht die Verbindung der nicht alternierenden Chylurie mit einer konstanten Chylorrhoe aus dem os externum uteri. Seit vier Jahren fliesst dies milchige Sekret

ununterbrochen Tag und Nacht aus der Vagina ab und verursacht einen täglichen Flüssigkeitsverlust des Körpers von 650—820 kcm, ohne der Patientin irgendwelchen nennenswerten Schaden zuzufügen. Von wo diese mächtige Chylusausscheidung ihren Ausgang nimmt, welches ihre Ursache ist, bleibt unerklärt. Etwas Eigenartiges weist unser Fall in anatomischer Beziehung auf: die merkwürdigen kleinen Knötchen an der columna rugarum anterior, sowie diejenigen um die Einmündungsstellen der beiden Ureteren und im trigonum vesicae. Sie haben das Aussehen von Lymphangiektasien; aber es tritt aus ihnen sichtbar keine Flüssigkeit aus. Es besteht auch cystoskopisch keine Cystitis, wie im Falle Lüdkes. Dieser Befund lässt die Vorstellung zu, dass der Chylus sich in der Blase dem Harn hinzugesellte, um so mehr als der aus den Ureteren kommende Harn nicht chylushaltig erschien. Es fehlten nachweisbare Erkrankungen von Leber oder Milz, wie bei Senator und Götze. Es bestand anatomisch lediglich eine Erkrankung der Adnexe und der Lig. lata, ohne dass eine bestimmte Diagnose gestellt werden konnte. Ob zwischen dieser und der Chylusausscheidung ein ätiologischer Zusammenhang besteht, muss dahingestellt bleiben.

Jedenfalls gehört unsere Beobachtung in die Gruppe der n i c h t parasitären Chylurie.

Die interessanteste Neuerscheinung bei vorliegendem Falle liegt wohl darin, dass die Kombination von Chylurie mit Chylorrhoe vorhanden ist. In keinem der bisher veröffentlichten Fälle war dies beobachtet worden. Es ist anamnestisch festgestellt, dass beide Erscheinungen erst nach der Punktion der Ascitflüssigkeit aufgetreten sind. Mag nun der Ascites rein serös oder auch chylushaltig gewesen sein, sicher ist anzunehmen, dass er von peritoni-

tischen Entzündungsvorgängen seinen Ausgang genommen hat. Entweder beruhte diese Peritonitis oder besser pelocoperitonitis auf tuberkulöser Grundlage, worauf die angebliche Pleuritis und Pneumonie hinweisen würde, oder aber sie entstand anschliessend an das febrile Puerperium. Nachgewiesen wurde eine abnorme Einschränkung der Beweglichkeit der Beckenorgane und verschiedentlich tastbare Resistenzen, die als peritonitische Adhaesionen und Verwachsungen ausgelegt werden müssen. Damit wäre in beiden Fällen eine Aetiologie denkbar.

Durch den Druck des bestehenden Ascites zuerst, sodann durch den Zug der neugebildeten Adhaesionen im Becken sind wohl die kleineren und grösseren Lymphgefässe komprimiert worden, oberhalb der Kompressionsstellen entstanden Lymphangiektasien, die schliesslich zur Berstung und Umleitung des Chylus in Blase und Uterus führten. Wenn auch ein direkter Eintritt von Lymphe in die Uterushöhle nicht wahrscheinlich ist, wäre doch die Möglichkeit einer indirekten Ueberleitung durch die Tuben zuzugeben. Der direkte Eintritt von Chylus in die Blase ist mit Bestimmtheit anzunehmen, da der aus den Ureteren austretende Urin als frei von Chylus erkannt wurde. Die Eintrittstellen werden wohl dann die schon erwähnten Lymphangiektasie ähnlichen Gebilde zur Seite der Ureteren und dem trigonum vesicae gewesen sein.

Auf alle Fälle bietet obige Krankengeschichte zum ersten Male einen objektiven Befund, der zur Erklärung einer nicht parasitären Chylurie verwendet werden kann. Es ist meines Erachtens nach die gleiche Wirkung von gesteigertem intraperitonealem Druck, wie bei den Fällen von Leicester und Meiner, nur dass bei diesen der Druck durch

die Gravidität hervorgerufen wurde und hier durch den Ascites und dessen Folgezustände.

Therapeutische Angaben bei Chylurie fehlen in der Literatur bis jetzt eigentlich völlig und dürften auch vorerst dahingehende Vorschläge ziemlich zweck- und aussichtslos sein. Anders liegt jedoch die Sache bei der Chylorrhoe. Ihr wäre wohl sicher therapeutisch beizukommen. Nachdem erwiesen ist, dass die lymphatische Flüssigkeit einzig und allein aus dem os extern. uteri fliesst, wäre als Radikaltherapie die Totalexstirpation des Uterus zu erwägen. Auch könnte eine Excochleation oder Atmocausis Aussicht auf Erfolg haben.

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem verehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Menge, für die Ueberlassung der Arbeit und ihm und Herrn Privatdozent Dr. Neu für die freundliche Unterstützung bei der Arbeit bestens zu danken.

Lebenslauf.

„Ich, Karl Wentzel, Sohn des prakt. Arztes Dr. Karl Wentzel in Pforzheim, absolvierte im Juli 1898 am Gymnasium in Pforzheim, studierte dann in Erlangen und Heidelberg Medizin und bestand das Staatsexamen in Erlangen im Jahre 1906. Seither bin ich praktischer Arzt in Pforzheim, nachdem ich mein prakt. Jahr am hiesigen Krankenhause absolviert habe."